

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

460

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Thémistocle GALANIDÈS

Né le 11 Juillet 1896, à Athènes,
Engagé volontaire, Ex-Aide-Major de 2^e classe aux Armées,
Médaille Militaire -:- Croix de Guerre avec palme.

LES VARICES OCCULTES

Diagnostic par la Méthode Mabilles

Traitement par l'Anastomose saphène fémorale
de Pierre Delbet.

Président : M. PIERRE DELBET, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR DELAVIGNE

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

No 460

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Thémistocle GALANIDÈS

Né le 11 Juillet 1896, à Athènes,
Engagé volontaire, Ex-Aide-Major de 2^e classe aux Armées,
Médaille Militaire -- Croix de Guerre avec palme.

LES VARICES OCCULTES

Diagnostic par la Méthode Mabile

Traitement par l'Anastomose saphène fémorale
de Pierre Delbet.



Président : M. PIERRE DELBET, *Professeur.*

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR DELAVIGNE

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Phimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Pactériologie.	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	M. NETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie.	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les pinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET MA MÈRE

*C'est grâce à vos bons soins, à vos
sacrifices et votre dévouement de
tout instant que j'ai pu être ce que
je suis.*

Hommage de piété filiale.

A LA MÉMOIRE DE MES GLORIEUX CAMARADES DU FRONT
MORTS POUR LA FRANCE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A TOUS MES PARENTS ET MES AMIS

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études à la Faculté de Médecine de Paris, nous manquerions au plus sacré de nos devoirs si nous n'adressions à nos maîtres éminents le témoignage de notre profonde gratitude pour les leçons si brillantes qu'ils nous ont données. Nous voulons dire ici en particulier notre reconnaissance à M. le Professeur Pierre Delbet, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse et qui nous a permis de suivre son service, où nous avons pris les observations utiles à ce travail.

Nos remerciements également à nos autres maîtres dans les hôpitaux de Paris.

Le Docteur Mabilhé a bien voulu nous communiquer quelques observations intéressantes. Nous lui en sommes très reconnaissant.

INTRODUCTION

Des observations prises de varices occultes dans le service du Professeur Delbet, suivant la méthode biométrique communiquée à l'Académie de Médecine en Juillet 1919 par le Docteur Mabilie, nous ont fourni l'idée de ce travail, mais en réalité c'est à M. Delbet que nous devons l'inspiration de cette thèse. Nous n'envisagerons ici que les faits cliniques. Nous ne pouvons en effet, faute de documents certains, étudier la question au point de vue anatomo-pathologique et histologique.

Les varices occultes ne constituent pas, à notre avis, une entité morbide particulière, mais seulement une forme spéciale d'insuffisance valvulaire de la saphène, ne se manifestant pas par les signes habituels apparents à l'examen, soit que la dilatation variqueuse n'existe pas, soit qu'elle soit cachée dans les profondeurs d'un panicule adipeux très important.

Nous voulons montrer ici que, grâce aux données fournies par les recherches oscillométriques du Dr Mabilie, on arrive avec certitude à diagnostiquer l'existence des insuffisances valvulaires « varices sans

dilatation, ou à dilatation dissimulée », et qu'en conséquence on peut, à coup sûr, préconiser une thérapeutique efficace (traitement médical, où intervention chirurgicale, résection ou anastomose saphéno-fémorale de Delbet).

Nous pensons rendre service aux praticiens, en vulgarisant ces notions cliniques; ils pourront profiter ainsi des investigations les plus précises et offrir à leurs malades soit une guérison certaine, même dans les cas avancés, soit une prévention sûre chez les sujets traités dès le début de leur affection veineuse.

Le nombre des sujets atteints de troubles variqueux est de plus en plus considérable; il le sera davantage encore, étant donné le mode d'existence moderne, la fréquence des maladies créant la diathèse variqueuse.

Le Docteur Mabilhé n'exagère pas en signalant comme un réel péril social, « le péril variqueux » tant sont fréquentes les complications graves, souvent mortelles, qui atteignent les malades et quelles infirmités les varices constituent pour leur porteur.

DÉFINITION

Le terme de « *varice occulte* » choque tout de suite l'esprit. Varice éveille immédiatement l'image de dilatation. C'est d'ailleurs la définition classique que donnent tous les traités de pathologie externe « Varices : dilatation permanente des veines par altération de leur paroi ». C'est l'insuffisance valvulaire qui constitue l'élément pathologique le plus constant des varices avec dilatation. Or, c'est le même signe dont nous allons prouver l'existence dans les varices occultes. Voyons d'abord au point de vue symptomatologie les signes des varices ordinaires par insuffisance valvulaire de la saphène.

Signes des varices ordinaires par insuffisance valvulaire de la saphène.

Signes physiques. — A : Augmentation, plus ou moins considérable du calibre des veines qui sont dilatées et sinueuses. Ces varices occupent tout le territoire de la saphène interne et des branches collatérales, mais

il n'y a rien d'impossible à ce qu'une partie seulement des branches latérales soit atteinte. Le plus souvent, les varices siègent d'abord à la partie inférieure de la jambe puis à la cuisse. Il semble que la progression se fasse constamment de bas en haut, suivant ainsi l'augmentation de pression veineuse due à l'action de la pesanteur. La face interne de la jambe est le plus souvent prise. Parmi les collatérales atteintes, ce sont particulièrement celles qui naissent au voisinage du genou et qui se portent soit en avant, au-dessous de la rotule, soit en bas, en avant ou en arrière de la veine saphène interne.

M. Delbet a noté qu'à la cuisse les varices sont presque toujours moins étendues qu'à la jambe, parfois même la dilatation est très peu importante. Les varices par insuffisance valvulaire peuvent remonter plus haut, s'étendre aux collatérales de la crosse; tantôt elles communiquent avec dilatations variqueuses sur le territoire de la saphène interne, tantôt elles sont isolées.

Au toucher, on sent la veine gonflée, turgescence, donnant au doigt qui la palpe une sensation de rénitence; lorsqu'on élève le membre dans la position verticale, le tronc étant couché on constate que la veine se vide : c'est le *signe de Trendelenbourg*.

Les veines forment alors des gouttières bleuâtres au niveau desquelles la peau apparaît plus fine ou gaufrée.

Signes de Delbet. — Quand on applique un lien à la partie moyenne de la cuisse et qu'on fait mettre le malade debout, les veines situées au-dessus du lien se

distendent, celles qui sont au-dessous restent vides ; elles se remplissent de haut en bas dès qu'on enlève le lien ; elles se vident facilement pendant la marche. L'altération des parois modifie la palpation. On sent comme un corps dur, souvent moniliforme et de consistance différente d'un point à un autre : ici épaissement, là minceur extrême, en particulier au niveau des ampoules.

On peut constater un frémissement à la surface d'une veine superficielle quand on donne avec le doigt une chiquenaude légère.

Signes symptomatologiques. — Douleur. — Quand la paroi de la veine n'est pas atteinte de phlébite ou de périphlébite, il n'y a aucune sensation désagréable au toucher ; la douleur n'existe que lorsqu'il y a une complication locale de la varice, phébite, périphlébite, etc.

La douleur, par contre, se fait sentir dans les muscles sous forme de contraction pénible au moment de la marche ou au moment du repos sous forme de crampe. La douleur gravatille est fréquente, et plus d'un sujet accuse la sensation de coulées de plomb qui se feraient dans le gros du mollet. Les jambes sont lourdes, et c'est surtout cette pesanteur qui augmente dans la position verticale.

Les autres signes subjectifs sont les fourmillements, démangeaisons ; ils nous paraissent surtout dépendre des complications des varices soit du côté de la peau, soit du côté du système nerveux.

Les troubles circulatoires. — L'œdème est fréquent, le plus souvent léger ; il peut ne se montrer que le soir

après la fatigue de la journée ; le repos de la nuit ne le supprime pas, et il remonte déjà, quoique de moindre importance, le matin au réveil.

Caractéristiques de cet œdème. — Il est peu important aux malléoles, mais surtout à la face antérieure du tibia et dans le mollet, (œdème dur). Cet œdème n'est pas douloureux. Chez les vieux variqueux il n'y a plus de diminution de l'œdème, il persiste énorme, résistant non plus blanc, mais brunâtre.

Complications cutanées. — Eruptions eczémateuses ou bulbeuses.

Caractères cliniques de ces éruptions diverses et leur diagnostic différentiel. — *L'ulcère variqueux, topographie, et caractère.* — *Troubles trophiques : musculaires, osseux.*

Complications trophiques. — Des varices sont multiples, mais c'est un groupe d'accidents dont la pathogénie reste encore inconnue et discutée.

a) Le plus important est, à coup sûr, l'« ulcère variqueux » qui siège à la partie inférieure de la jambe, généralement sur la face antérieure ou la face interne. Il se forme de la façon suivante : à la suite d'un petit traumatisme, du grattage d'une plaque d'eczéma, d'un furoncle ou sans cause appréciable, on voit apparaître sur la peau, au futur siège de l'ulcère, une petite phlyctène ou une petite perte de substance ; celle-ci une fois amorcée, grandit, de proche en proche, et l'ulcère se trouve finalement constitué. A l'état avéré, il se présente avec une forme arrondie, ovalaire ou elliptique, et peut revêtir divers aspects. Le plus souvent, les bords

en sont indurés, surélevés, non décollés, de couleur claire. Le fond est grisâtre, inégal, soit sec, soit humecté par un suintement ichoreux. La lésion n'est pas douloureuse, mais saigne facilement; la jambe est pesante.

Ulcère enflammé. — Les bords deviennent douloureux, tuméfiés; le fond est violacé, bourgeonnant; il sécrète un mélange de sang et de pus.

Ulcère gangréneux. — Est caractérisé à sa surface par un gris verdâtre, exhalant une odeur repoussante spéciale.

Ulcère atone. — Possède un fond lisse, grisâtre, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation.

Ulcère calleux. — Est caractérisé par ses bords sclérosés, durs, surélevés, constituant un rempart dans lequel il est emprisonné.

Ces diverses variétés d'ulcères variqueux ont une évolution commune. Toutes présentent une redoutable tendance à la chronicité. A un certain moment, sous l'influence il se rétrécit, et on conçoit l'espoir qu'il va guérir, mais il suffit d'une fatigue, de la plus légère indisposition, où une imprudence pour arrêter le travail de cicatrisation et provoquer au niveau de l'ulcère une nouvelle poussée inflammatoire et une nouvelle extension de la plaie. Aussi, à la longue, voit-on se produire sous l'ulcère et autour de lui, une désorganisation profonde de tous les tissus. Les os sont déformés, élargis, érosés; la peau est lisse, glabre, inextensible, parfois pigmentée; on constate qu'il existe à sa surface une dissociation de la sensibilité variable dans sa nature intime suivant les cas. Les muscles, les tendons, les articulations voisines

elles-mêmes peuvent dégénérer, d'où la formation de pieds bots ; l'éléphantiasis de la partie inférieure de la jambe, par oblitération des lymphatiques, n'est pas très exceptionnel.

La guérison provoquée ou même spontanée des ulcères variqueux, n'est cependant pas impossible et tout clinicien en a observé quelques exemples. On voit alors la plaie se rétrécir par la périphérie, se recouvrir d'un mince voile épidermique. Peu à peu, une cicatrice blanche, lisse, adhérente aux plans profonds, entourée d'une auréole pigmentée, se forme. Quelques cas ont été signalés dans lesquels un érysipèle parut déclencher le processus de guérison.

Diagnostic différentiel des ulcères variqueux. — Certaines pertes de substance occupant le même siège que l'ulcère variqueux, doivent en être soigneusement distinguées, car leur nature est toute différente, et le traitement qu'elles réclament est tout autre.

a) L'ulcère syphilitique est généralement de petites dimensions ; il succède à une gomme, qui s'est d'abord présentée sous la forme d'un noyau dur, enchassé dans la peau. Les ulcérations de ce genre sont souvent multiples, leur topographie n'est pas absolument celle de l'ulcère variqueux.

Les antécédents du malade, la réaction de Wassermann et, au besoin l'épreuve thérapeutique au moyen des spécifiques de la syphilis activeront le diagnostic. Il faut cependant savoir qu'on a décrit des « ulcères mixtes » d'us partie aux veines et partie à la syphilis,

qui restent en tout état de cause extrêmement difficile à interpréter, car le mercure n'en vient qu'imparfaitement à bout. D'après A. Broca, « les pertes de substances hydrides sont multiples, à bords nets et assortis, quelquefois accompagnées de cicatrices lisses, régulières, pigmentées, qui ne sont pas localisés à la face inféro-interne de la jambe. »

b) L'ulcère tuberculeux petit, rond, souvent étagé en chapelet, à bords décollés et violacés, dont le pus contient le bacille de Koch.

c) Les ulcères mucosiques dont le pus contient des parasites caractéristiques (sporothrix, leveix, etc.), et qui guérissent rapidement par le traitement de l'iodure de potassium.

d) L'ulcère diabétique. — Sera individualisé grâce à son caractère gangréneux, son début fréquent à la suite d'un anthrax, et surtout par la recherche du sucre dans l'urine.

Certains des troubles tropiques que nous avons signalés comme fréquents, au pourtour des ulcères variqueux, peuvent exister indépendamment de ceux-ci. Ainsi l'eczéma, la pigmentation, le pied bot, l'ostéite proliférante, l'éléphantiasis ne peuvent donc pas servir à établir le diagnostic.

Signes des varices occultes.

Ce sont des symptômes subjectifs locaux : douleur, pesanteur, fourmillements, qui attirent l'attention du médecin.

L'œdème est fréquent avec toutes les caractéristi-

ques de l'œdème variqueux. Les complications cutanées : eczéma, ulcérations, sont identiques.

Dès lors, comment affirmer qu'il y a des varices occultes ?

Tous les signes objectifs manquent. Le Professeur Delbet, comme avec lui d'autres praticiens, avait émis l'hypothèse que les sujets atteints de ces troubles circulatoires, étaient quand même des variqueux, puisqu'ils en avaient tous les signes, sauf la dilatation.

Il s'agissait de prouver que les saphènes de ces malades étaient insuffisantes. Aucune recherche n'avait été faite dans ce sens, et le chirurgien hésitait à pratiquer une cure radicale, puisqu'il ignorait la cause même du mal.

C'est ici que la méthode biométrique de Mabilie a fourni des éléments de certitude, les tracés des tensions artérielles prises dans les différentes attitudes indiquant très nettement la similitude parfaite avec les varices typiques.

Nous relatons plus loin des observations prises dans le service du Professeur Delbet ; elles sont absolument démonstratives.

Etiologie des varices occultes.

Il y a, dans le type clinique des varices occultes une double étiologie.

Les varices sont dilatées mais se trouvent logées dans un panicule adipeux. Nous avons constaté le fait, naturellement chez les obèses ou les sujets atteints de myxœdème fruste (trouble endocrinien).

Les varices ne sont nullement dilatées, mais sont insuffisantes. Les valves n'existent plus. Il est regrettable que les expériences physiologiques n'aient pu être procédées pendant les opérations.

Nous ne connaissons aucun cas de varices occultes qui ait pu être constaté sur une autopsie. On sait que la caractéristique d'une veine insuffisante est de pouvoir être remplie par une injection à contre-courant.

Pourquoi certaines veines se dilatent-elles ?

Pourquoi d'autres ne se dilatent-elles pas ?

Il est un fait certain, il est évident que cela dépend de la richesse plus ou moins grande en tissus musculaires. Il est à noter, d'après nos observations, que ces varices occultes ne surviennent que chez les gens jeunes dont l'état physique paraît excellent. Il faudrait, par conséquent, supposer une origine congénitale pour cette variété de varices.

Diagnostic différentiel. — Certaines affections du système veineux peuvent donner une symptomatologie presque identique à celle des varices occultes.

1^o L'asthénie vaso-motrice ou troubles d'origine médullaire. Les signes principaux sont les désordres des vaso-moteurs, instabilité dermique ; il y a de l'atrophie légère des muscles, une sensation de fatigue à la station debout, des agacements dans les jambes, tantôt calmés pendant la marche, tantôt augmentés par celle-ci, des crampes faciles ; l'œdème n'existe pas, les complications cutanées non plus. La peau est en général plus blanche que de coutume.

L'état général indique la présence d'autres signes d'asthénie : habitus extérieur, faiblesse musculaire, excitation des réflexes, irritabilité, signes de neurasthénie. Les sujets font des crises d'angoisse, tantôt localisées dans les membres inférieurs, tantôt ailleurs. En somme, l'asthénie vaso-motrice traduisant les réactions dans les jambes, se retrouve dans d'autres organes ou parties du corps.

Enfin, si on examine ces sujets suivant la méthode Mabile, on constate que l'élévation de la pression différentielle dans les positions debout et assise des maxima, des minima atteint à peine la normale. Il semble que l'équilibre circulatoire soit rompu dès que le sujet a fourni un effort de station.

Il y a une notable diminution de l'indice oscillométrique qui prouve la petite quantité du sang passant dans les artères.

Ces cas sont à rapprocher des asthénies vaso-motrices que l'on constate dans les spasmes artériels ou dans la claudication intermittente. Là aussi, il y a un rapetissement extrême de la pression différentielle dans les positions debout et assise, correspondant à la diminution de l'indice oscillométrique.

Enfin, les recherches de la viscosité sanguine ont prouvé que celle-ci est légèrement augmentée et que le rapport entre la pression différentielle et le degré de viscosimétrie du sang est souvent inférieur à 1,5.

Sujets atteints de troubles endocriniens. — 1° Les signes objectifs sont : l'empatement des chevilles, du mollet, le tissu cellulaire sous-cutané dur comme chez

les myxœdémateux; l'œdème n'a pas le caractère de mollesse qui existe chez les vrais variqueux au début.

Enfin, le plus localisé, aux chevilles qu'à la face antérieure et interne du mollet. On en trouve des traces dans l'autre partie du corps, aux mains, à la figure; la peau est violacée, parsemée de grosses taches rouges ou d'une masse de petits capillaires veineux réunis. Les téguments sont froids ou parfois d'une rougeur extrême. Les sujets font facilement, au moindre froid, des engelures, aux mains, aux pieds. Il y a augmentation de volume vespéral et aussi de fréquents troubles trophiques.

2° *Signes subjectifs* : Fatigue dans la position debout; sensation de douleur; crampes; élancements douloureux; brûlures de la peau; sensibilité extrême des veines. On note, par la méthode biométrique, des modifications restreintes de la pression différentielle suivant les attitudes, sans grande élévation de la maxima et de la minima, dans la position debout et couchée. L'indice oscillométrique reste sensiblement le même; il y a égalité de résultat entre les deux jambes. (Voyez observation plus loin).

Troubles du sympathique. — La symptomatologie objective et subjective est souvent la même que dans le type précédent, mais on est frappé par la variabilité des manifestations qui n'offrent pas, comme dans les troubles endocriniens, un caractère de fixité.

On reconnaîtra les signes multiples de la sympathéotomie (augmentation des pulsations dans la position

debout, de la pression artérielle, sensibilité du plexus solaire, etc., etc... (Voir tableau récapitulatif).

La viscosité sanguine recherchée avec la méthode de Hesse n'a pas donné de modifications suivant le caractère des varices quand il s'agit d'insuffisance valvulaire de la saphène. La viscosité est généralement normale ou presque; le rapport sphygmo-viscosimétrique oscille entre 1,5 et 2 au maximum; de cela plusieurs explications sont possibles, comme l'insuffisance valvulaire apparaît en général chez un sujet jeune, on peut admettre comme élément étiologique principal, un trouble pariétal et non un trouble de la constitution sanguine. Quand l'insuffisance valvulaire apparaît chez un sujet âgé ayant déjà des troubles endocriniens de l'hypophyse, l'hydrémie sanguine corrige l'hyperviscosité habituelle. Elle serait due à un très léger degré de méiopragie rénale, consécutive aux insuffisances pluriglandulaires.

PATHOGÉNIE DES VARICES OCCULTES

La pathogénie des varices occultes est identique à celle des varices apparentes. L'insuffisance valvulaire est la cause des varices de la saphène interne; à l'état normal, les valvules de la saphène interne et en particulier la valvule ostiale sont non seulement suffisantes, mais très puissantes, comme nous le montrent les recherches de M. Delbet sur le cadavre et les pièces opératoires.

D'après M. Delbet :

1° L'insuffisance valvulaire de la saphène est primitive; elle précède la dilatation. Un premier fait d'observation courante tend à la démontrer : c'est que les varices commencent par la jambe et non par la cuisse. Si la dilatation était le fait primitif, c'est l'inverse que l'on devrait observer. Les premières ectasies variqueuses devraient apparaître sur la saphène elle-même.

2° La disposition des valvules persistantes et suffisantes, règle la dilatation.

3° Les veines qui se trouvent dans les mêmes condi-

tions physiologiques que la saphène, deviennent variqueuses lorsque leurs valvules sont insuffisantes.

4° Les récidives, après résection incomplète de la saphène, démontrent encore le rôle de l'insuffisance valvulaire.

Comment l'insuffisance valvulaire agit-elle pour produire les varices? Il ne nous paraît pas douteux que c'est par l'augmentation de pression qu'elle entraîne dans l'intérieur des veines.

CE QU'EST LA MÉTHODE BIOMÉTRIQUE DU DOCTEUR MABILLE

Comment elle permet le diagnostic des varices occultes.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici le remarquable exposé qu'en a fait son auteur dans la *Presse Médicale* du 9 septembre 1919.

La méthode biométrique que nous préconisons pour le diagnostic des vraies varices occultes dues à l'insuffisance valvulaire de la saphène interne, nous la devons aux récents travaux du Docteur Mabilie. Cette méthode a pour but d'introduire un élément de mesure, donc de pression et de comparaison, dans l'étude des troubles veineux, elle nous a permis de différencier les varices vraies par insuffisance valvulaire, des pseudo-varices résultant de désordres endocriniens ou du sympathique, de l'asthénie vaso-motrice, etc.

Ainsi l'on peut remonter aux causes de l'affection, prévoir sa marche, choisir une thérapeutique efficace (opération chirurgicale dans les cas de varices vraies, thérapeutique médicamenteuse par les agents physiques

ou la kinésithérapie dans les pseudo-varices), vérifier la valeur du traitement, établir le degré de viscosité du membre.

La méthode biométrique repose :

1° Sur la recherche systématique de la tension artérielle dans quatre attitudes déterminées.

2° Sur la notation de la viscosité sanguine.

Nous dirons ici les principes directeurs qui nous ont conduit à son établissement, la technique adoptée, les constatations faites sur les sujets sains et malades, les conclusions qui s'imposent.

Les principes directeurs. — a) Toute gêne circulatoire veineuse a sa répercussion immédiate sur le système artériel correspondant. Or, les changements d'attitudes du membre inférieur déterminent des modifications différentes dans le fonctionnement de l'appareil veineux, suivant qu'il s'agit de sujets normaux ou pathologiques. Il est donc possible de juger du trouble veineux par les mesures des tensions artérielles, en notant à la fois la maxima, la minima, la pression différentielle, l'indice oscillométrique.

b) La viscosité sanguine joue un rôle important dans la régularisation de la circulation. Son étude est surtout intéressante comparée aux tensions artérielles. Elle classe immédiatement en trois types circulatoires : les asystoliques, les hypersystoliques, et les hyposphysiques parmi lesquels on trouve une si grande proportion de sujets souffrant d'affections du système veineux.

Technique adoptée. — La tension artérielle est prise au moyen de l'oscillomètre de Pachon ordinaire avec brassard de 8 centimètres sur 24; on aura soin de faire vérifier tous les 3 mois l'appareil employé pour que soit sensiblement exacte sa fonction; de toute façon on a avantage à se servir toujours du même oscillomètre.

Le mode opératoire consiste : à appliquer le brassard à chevilles juste au-dessus de la malléole, et l'on note les mesures suivantes (voir tableau).

1° La maxima (Mx), exprimée par la première grande oscillation nettement distincte par le dicrotisme de la descente du deuxième temps.

2° La minima (Mn) traduite par la première diminution d'amplitude dans les oscillations.

3° L'indice oscillométrique = (I), qui correspond à l'amplitude de la plus grande oscillation observée; il mesure la masse de sang circulante au niveau de l'artère; il se note par les divisions principales du grand cadran du Pachon. Pour s'entraîner à un examen rapide, on dira à haute voix les maxima et minima.

4° La pression différentielle = (PD) entre les pressions Mx et Mn ($Mx - Mn = PD$).

Les attitudes types du membre inférieur. — Adoptées pour notre méthode Riom-Mabille, elles sont au nombre de quatre :

1° Position horizontale : le sujet est couché, l'action de la pesanteur sur la colonne veineuse est nulle. On inscrit sur le diagramme un (—) = P.C.

2° Position levée ou jambe en l'air : le sujet est couché, la jambe en l'air levée perpendiculairement et maintenue par un aide. L'action de la pesanteur favorise le retour du sang vers le cœur. On inscrit une flèche ($\uparrow$) = Pl.

3° Position assise : Le sujet est assis, jambe pendante sans appui; la pesanteur se manifeste sur la colonne veineuse de la jambe. On inscrit le signe (∇) = Pa.

4° Position debout, la jambe pendante sans appui; la pesanteur agit sur la colonne veineuse de la jambe et de la cuisse. On inscrit le signe (1) = Pd.

On évitera dans les positions 3 et 4 (assisé et couchée) les contractions musculaires statiques qui rendraient les notations difficiles et introduiraient un élément d'erreur; aussi faut-il insister sur la nécessité de ne pas appuyer le membre.

La viscosité sanguine est recherchée avec le viscosimètre de Hesse suivant la technique classique. Le sang est prélevé par une piqûre légère au doigt et examiné le plus rapidement possible (moins d'une minute).

Conclusions des notations observées.

Dans une pratique déjà longue du D^r Mabilhé exercée uniquement dans le but scientifique dans sa clientèle parisienne et à la Maternité de Beaujon, dans le service du D^r Ribemont, à l'hôpital Necker, dans le service du Professeur Delbet, il a examiné plusieurs milliers d'individus normaux et pathologiques, avec la méthode biométrique. Ainsi il avait établi des caractéristiques dont

nous donnons ici les traits principaux en les schématisant. Il va sans dire que la clinique ne fournit pas toujours une délimitation aussi parfaite, la complexité de certains cas pathologiques à étiologies multiples, se traduisant d'ailleurs par des symptômes rattachables à diverses catégories.

A. — *Sujets normaux*. — Nous définissons tels, ceux qui, ayant une tension artérielle normale, ne présentent aucun trouble subjectif, ni objectif.

1° La constance de la pression différentielle et de l'indice oscillométrique se maintient au membre inférieur suivant les attitudes.

2° L'écart des pressions maxima et minima dans la position verticale et assise, ne dépasse jamais 4 centimètres par rapport à la position couchée.

3° Il y a égalité de tension entre les deux jambes, et le chiffre de la maxima au membre inférieur est généralement de 2 centimètres, supérieur à celle prise au bras, la minima restant souvent la même.

B. — *Sujets atteints de déséquilibres circulatoires momentanés*. (Pseudo-varices). — Les déséquilibres circulatoires momentanés du côté veineux, s'observent à la suite de réplétions alimentaires trop considérables, surtout de boissons, de fatigues après des marches ou de station debout prolongée; cliniquement, on voit les veines turgescents en état d'éréthisme.

1° On note de la suppression de la constance de la pression différentielle de l'indice oscillométrique suivant les attitudes.

2° L'écart des chiffres de pressions maxima et minima

dans la position verticale et assise dépasse 4 centimètres, par rapport à celui de la position couchée.

3° L'égalité de tension entre les deux jambes subsiste. La viscosité sanguine varie suivant la cause du déséquilibre (diminuée en cas de réplétion par des boissons abondantes, augmentée en cas de fatigue).

SIGNES ABRÉVIATIFS

Position horizontale; ↑ Jambe en l'air à 45°; ζ Jambe position assise; | Position debout.

Les tensions sont prises à l'oscillomètre de Pachon dans 4 attitudes.

Tension	—	↑	ζ			—	↑	ζ	
35									
30				32					
25			25	45					25
20	21							19	8
15	11	13	12	17		17			
10			13			8	13	8	17
5	10	9				9	8	11	
0		4					5		

			10						
8		8	9						
6	7								
						5	5	5	5
3									
1									

Traitement par l'extrait thyroïdien et hypophysaire.

A noter comme signe certain de l'insuffisance valvulaire l'ensemble de l'élévation de la maxima, de la minima, de la pression différentielle et de l'indice oscillométrique.

A noter dans ce graphique la diminution de la différence des maxima et des minima, l'égalité des pressions différentielles et de l'indice oscillométrique et la tendance au retour à l'état normal.

C. — *Sujets anormaux atteints d'insuffisance valvulaire de la saphène interne.* (Varices typiques). — On connaît la symptomatologie habituellement décrite (dilatation du tronc principal de la saphène ou de ses branches, impulsion à la toux, augmentation de calibre dans la position debout ou jambe relevée, signe de Trendelenbourg, signe de Delbet (Epreuve du lien constricteur et de la marche).

On note : 1° La suppression de la constance de la pression différentielle, et de l'indice oscillométrique suivant les attitudes.

2° L'écart des pressions maxima et minima dans la position verticale et assise, dépasse de beaucoup la normale et peut atteindre 15 centimètres.

L'indice oscillométrique est augmenté dans les positions assises et debout, proportionnellement suivant l'augmentation de la partie différentielle.

3° Il y a inégalité de tension entre les deux jambes, la jambe la plus variqueuse fournit la pression la plus élevée à la fois comme pression différentielle, comme pression maxima et minima.

Dans les cas anciens où il y a œdème, douleurs vives à la fatigue, à la station debout, troubles trophiques, on observe dans la position debout, une diminution de pression différentielle, peu d'élévation de la minima et parallèlement une réduction notable de l'indice oscillométrique; cette diminution peut disparaître ou s'atténuer par le repos. Bref il y a une véritable asystolie artérielle par asthénie analogue à l'asystolie cardiaque.

Or, pour nous, cet ensemble d'élévation différentielle de l'indice oscillométrique de la maxima et minima, dans les positions debout et assis, est un signe certain d'insuffisance valvulaire.

Nous la diagnostiquons même quand il n'y a pas apparemment sur la veine aucun signe de dilatation, soit que l'empâtement graisseux des tissus la masque, soit que la dilatation n'existe pas vraiment, ce qui n'est pas rare. Les varices occultes, pourrait-on dire, n'endonnent pas moins naissance à toutes les complications habituelles (troubles trophiques, eczéma, ulcères). Elles sont assez fréquentes, mal soignées parce que non diagnostiquées. Seule, la notation de la tension artérielle dans des différentes attitudes peuvent donner une certitude. Il nous est arrivé aussi de pouvoir affirmer que tel ulcère était variqueux, tel autre ne l'était pas. La viscosité sanguine est généralement normale ou presque, et le rapport sphgmoviscosimétrique oscille entre 1,5 et 2, au maximum. A ce fait, plusieurs explications sont plausibles :

1° Si l'insuffisance valvulaire apparaît sur un sujet jeune, on peut mettre comme élément étiologique principal un trouble pariétal et non un trouble dans la constitution sanguine.

2° Si l'insuffisance valvulaire apparaît sur un sujet âgé, ayant déjà eu des troubles endocriniens, de l'hyposphyxie, de l'hydrémie sanguine corrigeant l'hyperviscosité habituelle dans les désordres, elle serait due à un très léger degré de méopragie rénale consécutive aux insuffisances pluri-glandulaires.

D. — *Sujets atteints de varices de la grossesse.* — Il en est de deux sortes :

1^o Celles qui, relevant d'une insuffisance valvulaire fonctionnelle, en ont tous les signes caractéristiques. Elles présentent les variations de tension indiquées ci-dessus, mais avec cette particularité que l'écart est moins grand : il ne dépasse pas souvent 10 centimètres entre les positions debout et couché. La viscosité est un peu plus élevée.

2^o Celles qui relèvent des troubles endocriniens ou nerveux. Elles se rapprochent du type des désordres veineux d'origine endocrinienne dont nous parlerons plus loin. Il y a une faible variation de tension suivant les attitudes et une viscosité élevée.

E. — *Sujets atteints de reliquat de phlébite aiguë.* — Dans la période de convalescence, l'examen de la tension artérielle fixe très exactement sur l'état circulatoire comparé à celui du membre sain, le développement des fonctions de suffisance par la veine collatérale, la restitution ad integrum à la production de varices par insuffisance valvulaire consécutive à la lésion pariétale. Longtemps le système artériel paraît frappé de stupeur, la pression différentielle est moindre dans les positions debout et assis, que couché par élévation simultanée de la maxima et de la minima. L'écart est en moyenne de 1,2. Les pressions maxima et minima au membre inférieur dépassent de plus de 3 centimètres dans la position horizontale celles du membre supérieur. La viscosité sanguine est élevée et le rapport sphysmocosimétrique diminue.

F. — *Sujets atteints de troubles endocriniens* (Thyroïdien, surrénaux surtout). Troubles du sympathique hyposphysie. — Ils se manifestent à la fois par des signes subjectifs et objectifs.

Les signes objectifs sont : 1° Empâtement des chevilles, du mollet ; le tissu cellulaire sous-cutané est dur comme chez les myxoédémateux, la peau violacée est parsemée

SIGNES ABRÉVIATIFS

— Position horizontale ; ↑ Jambe en l'air à 45° ; ↘ Position assise ; | Position debout.

Epreuves biométriques d'un cas de désordres circulatoires des membres inférieurs par troubles endocriniens.

Les tensions sont prises à l'oscillomètre de Pachon dans 4 attitudes.

Tension	—	↑	↘		—	↑	↘	
35								
30				28				25
25			24				22	
20	20		12	14	18			12
15	11	14			9	15	11	
10		10	12	14		10		13
5	9				9		11	
		4				5		

		8		
	6		7	7
4½				

			6
3½	5	5½	

À noter la pression différentielle avant le traitement médical (par l'extrait thyroïdien et hypophysaire).

Après le traitement.

de grosses taches rouges ou d'une masse de petits capillaires veineux réunis. Froidure des téguments, engelures, augmentation du volume vespéral fréquent, troubles trophiques (eczéma, ulcères).

2° Signes subjectifs : Fatigue de la position debout, sensation de lourdeur, crampes, élancements douloureux, brûlure de la peau, sensibilité extrême des veines. On note des modifications restreintes de la pression différentielle, suivant les attitudes, sans grande élévation de la maxima et minima dans les positions debout et couché. L'indice oscillométrique reste sensiblement identique. Les mesures aux deux jambes donnent les mêmes résultats. L'évolution de ce type de désordre veineux vers l'insuffisance valvulaire, demeure longtemps. On assiste alors petit à petit à une élévation progressive de la pression différentielle, dans les positions debout et assis, de l'indice oscillométrique, des maxima et minima avec accentuation localisée en général d'un côté (le plus souvent à gauche); la viscosité sanguine est élevée, le rapport sphygmoviscosimétrique est inférieur à 1,5.

G. — *Sujets atteints d'asthénie vasomotrice.* — Cette asthénie vasomotrice se manifeste par des désordres vasomoteurs (instabilité thermique). Il y a de l'atrophie légère des muscles, une sensation de fatigue à la station debout, des agacements dans les jambes, tantôt calmés par la marche tantôt augmentés par celle-ci, des crampes faciles. L'élévation de la pression différentielle dans les positions debout et assis des maxima et minima atteint à peine la normale. On constate une

Importance de ces constatations.

La méthode biométrique conduit à des résultats importants au point de vue diagnostic et thérapeutique.

A. — *Diagnostic.* On sépare nettement les états variqueux dont les symptômes subjectifs ou objectifs sont identiques. On juge de l'état de varicosité d'un membre et cela nous montre ainsi que la dénomination (varices profondes ou varices internes classiques depuis Verneil), et toujours reprise par les auteurs, ne correspond pas à une réalité pathogénique. On range à tort sous cette catégorie des états très distincts, d'une part des varices occultes par insuffisance valvulaire, d'autre part des troubles endocriniens ou du sympathique. Leur signe principal réputé indubitable (varicosités capillaires, groupes en tête de méduse à la surface de la peau) ne dépend pas de la dilatation des veines profondes, mais traduit de véritables apoplexies capillaires brusques par insuffisance surrénale ou thyroïdienne, soit à des troubles du sympathique. Bien des points obscurs dans la pathogénie veineuse s'éclairciront et l'on verra que si de telles affections, comme la grippe, la fièvre typhoïde, sont des maladies phlébogènes et varicogènes, c'est non seulement par l'action directe de leurs toxines sur les parois, mais encore et surtout par la déficience des glandes à sécrétion interne (thyroïde, surrénale), qui abaisse considérablement la tension artérielle et élève la viscosité sanguine.

TRAITEMENT MÉDICAL. TRAITEMENT CHIRURGICAL

On délimite les cas justiciables de la médecine, ou de la chirurgie, on apprécie la valeur des traitements. L'insuffisance valvulaire de la saphène, quand les moyens palliatifs ont échoué ou sont impossibles, est justiciable seule de la chirurgie (ablation totale ou mieux encore anastomose saphéno-fémorale de Delbet, si l'état des parois est bon). Des exemples recueillis à la clinique du Professeur Delbet, témoignent de la supériorité de cette anastomose saphéno-fémorale, quand celle-ci est applicable. Au contraire, tous les autres troubles veineux (plus de 85 p. 100; statistique du Docteur Mabillet), varices au début évoluant vers l'insuffisance valvulaire, désordres d'origine endocrinienne ou sympathique, nécessitent un traitement médical approprié à chaque catégorie.

Nous basant sur la pathogénie complexe, nous opposons comme moyen pharmacologique fondamental, une thérapeutique associée aux vaso-constricteurs classiques

(hamamélis, marron d'Inde) des extraits thyroïdiens et hypophysaires à doses minimales et prolongées qui nous ont paru être de merveilleux régulateurs du tonus circulatoire, et le citrate de soude fluidifiant du sang par excellence. Ainsi on agit à la fois sur la contractilité des parois, les troubles endocriniens, la viscosité sanguine. La mesure systématique de tensions artérielles de l'indice oscillométrique de la viscosité à intervalles réguliers, nous a démontré la valeur réelle de cette médication. En conclusion, la méthode biométrique est destinée à guider le praticien dans son examen clinique comme dans la thérapeutique. Elle fournit un moyen de contrôler et de mesurer scientifiquement; avec un peu d'entrain, elle est à la portée de tous les praticiens; elle leur permettra de se guider dans le domaine si vaste des affections veineuses.

Indication opératoire.

Indication du traitement chirurgical des varices occultes.

Quand faut-il opérer un individu atteint de varices occultes?

Quelle opération convient-il de lui pratiquer?

Telles sont les deux questions à résoudre.

D'abord, il faut distinguer les vraies varices occultes dues à l'insuffisance valvulaire de la saphène interne, avec d'autres formes (pseudo-varices). La distinction nous paraît au point de vue des indications opératoires

d'importance capitale. M. Delbet conseille dans certaines formes de varices, telles celles qui succèdent à des phlébites profondes, qu'il vaut mieux ne pas opérer. L'anastomose saphéno-fémorale et les résections ne sont destinées qu'aux varices de la saphène interne.

Quand faut-il opérer un variqueux?

1° Il faut tout d'abord poser en principe que l'opération donne des résultats d'autant meilleurs qu'elle est plus précoce, quand on opère des malades dont la peau est saine, sans ulcération, dont le tissu cellulaire est lâche et souple, et même définitif comme le prouve M. Mabillet par sa méthode biométrique (voir tableau).

2° En l'absence de troubles fonctionnels, l'existence de varices à extension progressive, nous paraît aussi indiquer l'intervention.

3° L'indication opératoire est plus nette et plus formelle, encore, lorsque des complications se sont déjà produites. L'opération peut guérir les ulcères; elle peut donner des résultats durables et même définitifs, lorsqu'elle s'adresse à des ulcères encore assez récents, même s'ils sont très étendus.

Le résultat est infiniment plus incertain, lorsque les ulcères ont déjà récidivé plusieurs fois. La phlébite variqueuse constitue pour nous une indication opératoire pressante, en raison du danger des embolies auquel il est si facile d'y passer par une ligature placée à la partie supérieure de la saphène (1).

(1) Delbet et Moquot. *Rev. de cliniq. chirurg.* Les varices des membres inférieurs et leur traitement.

Contre-indications.

Les-contre-indications opératoires, sont tirées .

1° De l'état général du malade.

2° De l'état du membre variqueux.

a) Avant d'opérer le malade, on doit examiner l'état général; il faut que l'état général soit bon, tant au point de vue opératoire, qu'au point de vue anesthésie.

b) L'opération est d'autant plus satisfaisante que l'état du membre variqueux est bon (peau saine, tissus élastiques, souples, etc.), très important au point de vue du résultat.

En dehors des cas de phlébite, il ne faut pas intervenir lorsqu'il existe une infection aiguë, de la rougeur de la peau au voisinage des ulcères, des lymphangites, des adénopathies, etc.

Il est sage d'attendre que des pansements bien faits aient amené la disparition de tous les phénomènes.

Quelles opérations convient-il de pratiquer?

L'indication opératoire décidée, il faut choisir l'intervention qui convient à tel ou tel cas particulier. M. Delbet nous conseille de faire toujours, et a fait dans son service plus de 85 opérations d'anastomose saphéno-fémorale, dans les cas de varices apparentes et occultes avec les meilleurs résultats.

Indication de l'anastomose saphéno-fémorale.

L'anastomose saphéno-fémorale nous paraît indiquer surtout dans les cas où les varices douloureuses ou non, sont encore à la première période de leur évolution — c'est-à-dire dès que le diagnostic avec la méthode biométrique Mabilie sera fait pour des varices occultes — Lorsque la peau est saine, les tissus cellulaires et les veines sont souples, pourvues d'une tunique musculaire encore puissante, les veines sont susceptibles de se contracter énergiquement.

Contre-Indications.

Il est quelques circonstances qui contre-indiquent formellement l'anastomose saphéno-fémorale. Ce sont tout d'abord la phlébite récente ou ancienne, les reliquats de phlébites. Toutes les fois que sur les veines variqueuses on constate des traces de phlébites, il faut rejeter l'anastomose saphéno-fémorale; elle est encore contre-indiquée lorsqu'on constate sur le membre, des phlébolithes de l'induration des parois veineuses ou du tissu cellulaire péri-veineux. Le plus souvent, l'examen clinique minutieux suffit à faire reconnaître l'existence de ces altérations. Hesse et Schaaek (1) considèrent eux aussi l'anastomose saphéno-fémorale, comme contre-indiquée lorsqu'il existe des lésions inflammatoires et une imperméabilité de la saphène ou de la fémorale

(1) Hesse et Schaaek, *Arch. f. klin. chir.*, Bd. 952 p. 23.

(thrombus, phlébolithes), lorsqu'il existe une sclérose trop marquée des parois de la saphène et de la fémorale, enfin lorsqu'on peut craindre une infection des voies lymphatiques après des érysipèles à répétition, lorsqu'il existe des ulcérations suppurées et irritées. Si nous venons sur les conditions anatomiques, Hesse et Schaaek, disent que l'opération peut encore être contre-indiquée par le calibre trop grêle de la saphène et de la fémorale. M. Delbet nous confirme que jusqu'à présent il ne s'est jamais trouvé devant des cas semblables, et que le calibre de la saphène, même lorsqu'elle n'est pas dilatée, est assez grand pour faire une anastomose saphéno-fémorale parfaite. Quant à la fémorale, il avait toujours trouvé au lieu d'élection un calibre suffisant.

Nous-même, nous avons vu dans le service de M. Delbet à l'hôpital Cochin, exécuter plusieurs fois l'anastomose saphéno-fémorale, sans la moindre difficulté, contre l'affirmation de Hesse et Schaaek, pour le calibre de la saphène.

Par conséquent, l'anastomose saphéno-fémorale toute-fois est indiquée pour les varices occultes, sauf dans le cas ci-dessus relaté, et son domaine s'étendrait si les malades pouvaient être opérés plus tôt à leur grand profit.

Résultats de l'anastomose saphéno-fémorale.

1° *Résultats immédiats.* — Sur plus de 85 opérations d'anastomose saphéno-fémorale pour les varices apparentes et occultes dans le service du Professeur Delbet,

faits par lui-même et quelques-unes par son chef de clinique M. Girod, aucune opération n'a été suivie d'accident; tous les malades ont guéri très simplement, aseptiquement, aucun d'eux n'a présenté de signe d'une thrombose des veines profondes (1). S'en tenant à ces résultats, nous pouvons dire que l'opération est bénigne, mais il est bien certain qu'elle présente un danger; bénigne tant qu'elle est rigoureusement aseptique, elle peut devenir grave dès que survient une infection, même légère. Lorsqu'on s'entoure de toutes les précautions et que l'on fait une opération strictement aseptique, la thrombose peut être arrêtée. Cependant comme il suffit d'une infection très légère pour la produire, et qu'on n'est jamais sûr de réaliser une asepsie parfaite, il faut reconnaître qu'elle est impossible, et se demander quelles seraient ses conséquences, si l'anastomose avait dû porter sur la fémorale commune.

M. Delbet dit qu'il ne l'aurait pas exécutée, parce que la thrombose de cette veine est grave. Mais l'opération n'intéresse que la saphène et la fémorale seconde, de telle sorte que la thrombose, si par malheur venait à se produire, n'amènerait pas sans doute des conséquences irréparables (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, XII, 1907, P. Delbet).

Cependant les conséquences de l'infection peuvent être plus graves, puisque Hesse et Schaaek ont perdu un de leurs malades. Cet homme est mort au vingt-cinquième jour de l'infection générale avec métastase, ayant

(1) Voyez *Revue cliniq. chirurg.* Delbet.

pour origine une thrombo-phlébite de la saphène et de la fémorale. Malgré l'ouverture large du foyer suppuré, il succomba à une pneumonie. L'origine de l'infection n'a pas été établie avec certitude.

Hesse et Schaaek ont exécuté jusqu'en 1913 : 23 fois l'anastomose saphéno-fémorale; ils citent un cas de Fraugenheim, provenant de la clinique de Payr à Königsberg. Sur 23 opérations il y a donc un mort : 5 p. 100 de mortalité à peu près.

Dans le service de M. Delbet, de 1914 à 1920, sur 85 opérations d'anastomose saphéno-fémorale, aucun décès (1).

Conclusion. — Chaque fois que le malade n'a pas d'irritation variqueuse et que ses veines ne sont pas volumineuses, l'anastomose saphéno-fémorale donne d'excellents résultats, et au contraire, — sauf quelques incidents minimes post-opératoires.

(Pour les résultats immédiats et éloignés, voir obs. 3 dans laquelle des tensions prises avant et après l'opération indiquent très nettement le rétablissement d'une circulation parfaite après l'anastomose, et une diminution considérable de la tension artérielle).

(1) Statistique retirée du cah. d'opér. dans le Service du prof. Delbet), publiée dans la *Rev. de clinique chirurg.* en 1913. P. D. M.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'ANASTOMOSE SAPHÉNO-FÉMORALE

Procédé P. Delbet (1).

La condition essentielle que doit remplir toute intervention dirigée contre les varices de la saphène interne, est la suppression totale du reflux de haut en bas. Cette condition n'est pas toujours réalisée par la ligature de la saphène, parce que la perméabilité de la veine peut se rétablir. Lorsqu'on fait une ligature simple et parce que le reflux peut se produire par des voies collatérales devenues insuffisantes et soumises aux mêmes conditions physiologiques que la saphène elle-même. Il faut donc de toute nécessité supprimer non seulement la partie supérieure de la saphène, mais aussi les voies collatérales qui s'abouchent avec elle dans la fémorale. Partielle? L'opération serait excellente s'il existait à la cuisse des anastomoses entre le système veineux superficiel et le système veineux profond; elle empêcherait la transmission de gros à-coups de pression

(1) L'anastomose saphéno-fémorale a été faite pour la première fois par le Professeur Delbet en 1913.

venant de la cavité abdominale et les anastomoses permettaient à la saphène de se vider dans le système veineux profond. Mais l'anastomose directe entre la saphène et la fémorale à la cuisse, est exceptionnelle. On trouve assez souvent des anastomoses indirectes. La saphène reçoit quelques branches venues du muscle couturier et du voisinage du muscle ou même dans son épaisseur; ces branches s'anastomosent avec d'autres qui vont à la fémorale. Les anastomoses directes entre la saphène et la fémorale, à la cuisse sont rares. On ne peut donc pas, au point de vue thérapeutique, compter sur ces anastomoses, et sans doute c'est là une des raisons pour lesquelles les résultats de la ligature sont souvent incomplets. La veine ne pouvant évacuer son contenu, le sang s'accumule dans le segment sous-jacent à la ligature et y stagne.

M. Delbet pense qu'on obtiendrait un résultat bien supérieur si on permettait à la veine de se vider, tout en la mettant à l'abri des variations de pression de la cavité abdominale. Ce double desideratum ne peut être réalisé qu'en interposant entre l'abdomen et la saphène, une valvule efficace. On ne peut espérer refaire les valvules forcées de la saphène, mais on peut l'aboucher à une veine dont les valvules sont bonnes. Cette veine, c'est la veine fémorale. La fémorale possède normalement en moyenne trois petites valvules suffisantes; il faut savoir ce que valent les valvules chez les variqueux. On ne peut faire état de la valvule de la veine fémorale comme chez les sujets non variqueux; dans la moitié des cas, cette valvule manque ou est insuffi-

sante. Chez les variqueux qui présentent le phénomène de Trendelenbourg, et l'injection dans la saphène, elle est certainement insuffisante. Sleiwinski a fait des recherches à ce point de vue sur quatre cadavres ayant des varices variqueuses. Dans la moitié des cas, il n'a pu trouver aucune valvule dans la fémorale au-dessus de l'abouchement de la saphène. Dans l'autre moitié des cas, cette valvule existait, mais comme le font remarquer Hesse et Schaaek, nous ne savons pas quelle était sa valeur fonctionnelle. Chez les sujets atteints de varices typiques de la saphène interne, la valvule de la fémorale commune manque ou est insuffisante. Il en est de même pour les valvules de la fémorale. M. Delbet a étudié ce point important sur plus de quatre sujets qui présentaient des varices typiques de la saphène interne. Chez l'un d'eux, la veine fémorale commune possédait à peu près au niveau de l'arcade crurale une valvule d'ailleurs complètement insuffisante. Dans la fémorale superficielle, il avait trois valvules, une au-dessous de l'abouchement de la fémorale profonde, une à la pointe du triangle de Scarpa, une à l'entrée du canal de Hunter. La veine était en si mauvais état qu'ils n'ont pu vérifier que la valeur d'une seule de ces valvules : celle de la pointe du triangle de Scarpa; elle était parfaitement suffisante. Les autres bien développées l'étaient aussi vraisemblablement. Chez un autre variqueux, la fémorale superficielle possédait quatre valvules suffisantes, au-dessus du milieu de la cuisse et il y avait encore deux belles valvules dans la position de la veine qui

occupait le canal de Hunter. La première valvule était en amont de l'abouchement de la fémorale profonde, une autre était à 4 centimètres plus loin et elle se succédait à 3, 7, 2 centimètres, les deux dernières dans le canal de Hunter; toutes ces valvules étaient situées au-dessous de l'abouchement des collatérales.

Anesthésie. — Dans le service du Docteur Delbet, on emploie l'anesthésie générale au chloroforme. Le malade est dans le décubitus dorsal, la cuisse en abduction légère, rotation externe complète, et légère flexion. L'opérateur est en dehors de la cuisse; les deux aides sont placés en face de lui, un autre à gauche.

Incision technique. — L'incision longue de 15 centimètres environ est tracée à la partie moyenne de la cuisse; son milieu correspondant au milieu de la cuisse mesure de l'arcade crurale au condyle interne; sa direction est un peu oblique, intermédiaire à la direction des vaisseaux fémoraux et à celle de la saphène, au besoin repérée à l'avance et marquée sur la peau au nitrate d'argent.

Découverte de la saphène interne. — La veine doit être découverte sur toute la longueur de l'incision et attentivement disséquée de très près. Les veines collatérales, s'il y en a, sont successivement pincées et liées, et la veine est libérée sur tout son pourtour.

Découverte de la fémorale. — La veine saphène étant réclinée, l'incision est menée jusqu'à l'aponévrose et la gaine du couturier est ouverte. On peut passer soit en avant, soit en arrière du muscle, il est plus commode en général au milieu de la cuisse de passer

en arrière. Le bord postérieur du couturier est en dehors. La gaine des vaisseaux est incisée de bout en bout, et l'on découvre la veine fémorale à ce niveau, placée habituellement en dedans et en arrière de l'artère. Quand il y a plusieurs troncs, le plus volumineux occupe toujours cette position. La veine ainsi découverte est disséquée soigneusement de très près; on lie les collatérales s'il s'en trouve.

Hémostase. — Le lieu de l'anastomose étant choisie sur la veine fémorale, on lie la saphène à la partie supérieure et on place une pince de Crile sur le bout périphérique à 3 ou 4 centimètres au-dessus et au-dessous du lieu choisi pour l'anastomose saphéno-fémorale, la veine fémorale est dénudée sur tout son pourtour: à chacun de ces points, on place une pince de Crile, puis on coupe très obliquement la saphène en biseau aux dépens de son côté postéro-externe. Cette section oblique donne un orifice plus large et s'adapte mieux sur la place de la veine fémorale.

Incision de la veine fémorale. — Sur le côté interne de la veine on fait prudemment avec un bistouri bien effilé une ponction à la veine; une fois le sang évacué, on lave avec du sérum. Il est bon d'irriguer avec une canule à petit orifice et sous faible pression, pour enlever le petit caillot; on prolonge l'incision avec des ciseaux fins de manière à en faire une pente verticale, proportionnée au calibre de la saphène en état de distension moyenne. La longueur est, en général, d'une douzaine de millimètres. Les tranches vasculaires sont enduites de vaseline stérilisée.

Passage des fils d'appui. — Le premier point perfore la saphène de dehors en dedans, au niveau de l'angle supérieur, puis la fémorale de dedans en dehors également au niveau de l'angle supérieur. Un deuxième point est passé de la même façon au niveau de l'angle inférieur. Le troisième point est placé toujours de la même façon au milieu du bord antérieur de l'orifice, et en soulevant la saphène pour voir le bord postérieur, on place le quatrième point sur le milieu de ce bord. On noue les points lorsqu'ils sont tous placés. Ses chefs sont repérés avec des pinces, et l'un des aides tend le quadrans sur lequel s'effectue le surjet.

Suture. — Il faut pour achever la réunion vasculaire, faire entre chacun des points d'appui un petit surjet simple à point perforant, en prenant de chaque côté, juste l'épaisseur de paroi nécessaire, pour appuyer le fil, pas plus, pour ne rétrécir l'orifice, c'est-à-dire un demi-millimètre. La paroi des deux veines est toujours d'épaisseur très différente. La saphène musculaire se rétracte à une paroi deux ou trois fois plus épaisse que la fémorale, dans les cas de dilatation énorme de la saphène interne. Il faut s'en défier lors du passage de l'aiguille; on a tendance à prendre plus sur la saphène que sur la fémorale. Le surjet est mené de haut en bas d'abord sur le bord antérieur de l'orifice avec l'un des chefs du point d'appui supérieur. L'aide tirant légèrement sur l'autre chef et sur le fil du milieu du bord antérieur tend le premier quadrans et approche les bouts que l'aiguille traverse du même coup. Le poids de la pince placée sur le fil d'appui postérieur entraîne la

moitié postérieure de l'orifice, et, l'aiguille ne court pas le risque de changer la paroi opposée du vaisseau. Le surjet arrivé au point d'appui antérieur, l'aide tend maintenant le quadrans antéro-inférieur, en prenant le point d'appui inférieur, et le surjet est mené jusqu'à ce point auquel on le noue.

Surjet postérieur. — Pour exposer la moitié postérieure de la ligne de la suture, il faut tout d'abord faire passer le fil d'appui inférieur sous la saphène de manière à ce que la traction exercée sur les fils d'appui renverse l'anastomose et mette sous les yeux sa moitié postérieure. Le surjet commence en haut à côté du point d'appui supérieur, le quadrans supérieur terminé, l'aide tend le quadrans inférieur et le surjet est mené jusqu'au point d'appui inférieur avec lequel il est arrêté. Avant de couper le fil, on enlève les pinces hémostatiques, d'abord celle du bout central de la fémorale, puis celle de la saphène, et enfin la pince périphérique de la fémorale. Les veines se remplissent. Si aucune partie de la ligne de suture ne laisse échapper de sang, il n'y a qu'à achever l'opération; s'il se produit en un point un petit suintement, une légère compression suffit à l'arrêter, quand la suture a été correctement faite. On coupe le fil, l'écarteur lâche le couturier qui vient à sa place et l'on fait la suture des plans superficiels jusqu'au voisinage de l'angle supérieur de l'incision, pour mettre à l'abri la région de l'anastomose.

Résection du bout supérieur de la saphène. — L'anastomose de la saphène avec la fémorale terminée, on fait la résection du bout supérieur de la saphène jusqu'à son

embouchure dans la fémorale. L'incision est donc prolongée en haut, suivant la direction de la saphène et celle-ci est rapidement disséquée jusqu'à l'embouchure. On lie isolément et coupe les collatérales, en particulier celles qui arrivent au niveau de la crosse. La saphène est dénudée et liée au ras de la veine fémorale.

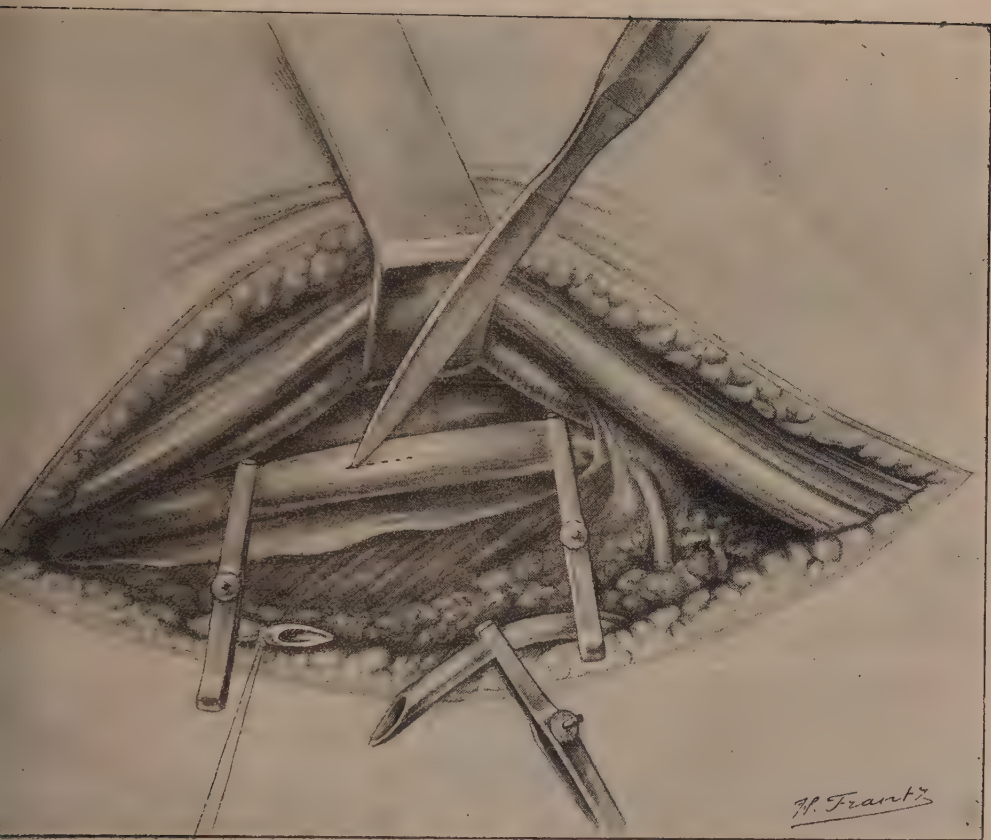


Fig. 1.

central de la saphène a été lié. Son bout périphérique est pincé par une pince DeCrile. La veine a été coupée en biseau. La veine fémorale est découverte et incisée suivant le pointillé.

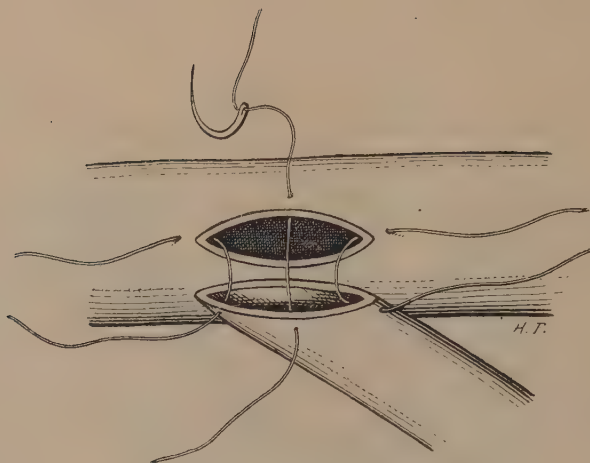


Fig. 2.

Les 4 points cardinaux. — On a passé les points supérieur, inférieur et antérieur.

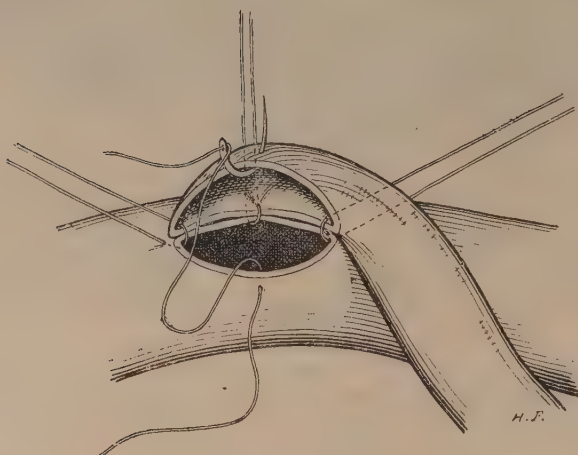


Fig. 3.

Point cardinal postérieur.

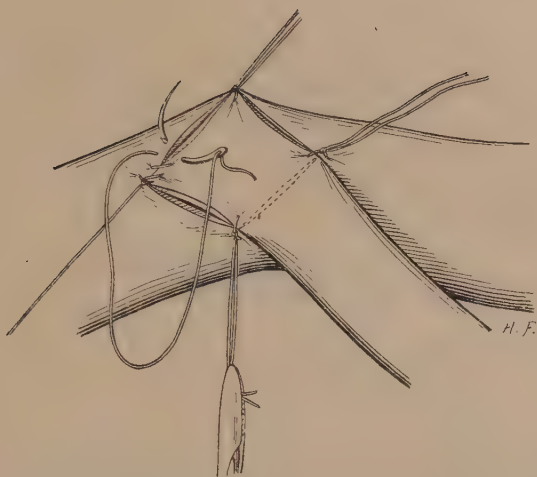


Fig. 4.

Les 4 points sont noués, surjet antérieur.

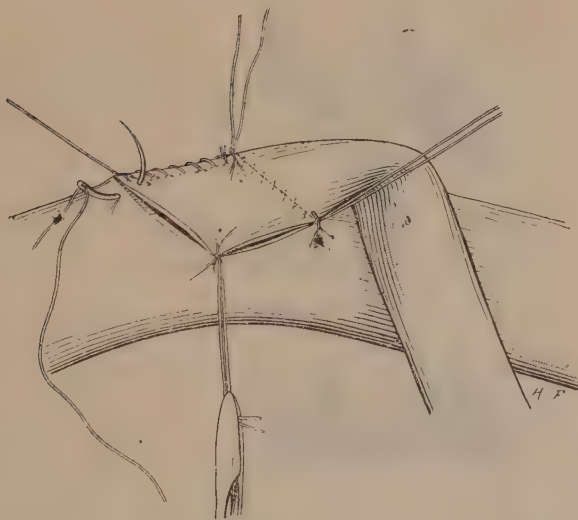


Fig. 5.

Le point inférieur a été passé sous la saphène, surjet postérieur.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Cr... L..., âgé de 36 ans, magasinier, entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Delbet le 16 Mars 1920, pour des varices de deux jambes. Le malade a été blessé à

T	H	Jambe Droite				Jambe Gauche			
		Malade				Malade			
PD	10	14	13	17		10	11	7	10
35				35					
30									31
25		23	15				22	95	
20	17								
15				18		16		18	21
10				12			11		
5	7	9							
0						6			
I	4	6½	6	5		3	5½	3½	3½
10									
8									
6		6½	6	5			5½		
4	4							3½	3½
2									
0									

TABLEAU 1. — Varices occultes très nettes.

la partie inférieure de la cuisse par éclat d'obus, le 29 Septembre 1914. Sa blessure guérit, le malade dit d'avoir senti quelque temps après des douleurs et de la lourdeur avec

picotement, dans la jambe droite et gauche. 10 jours après de ces phénomènes, des ulcérations seraient apparues avec leurs évolutions caractéristiques, siégeant à la partie inférieure du pied et ayant une marche régulière, qui, chaque fois que le malade se fatigue beaucoup, s'accompagne de douleurs et de pesanteur de la jambe. Dans la position couchée et pendant le repos, ces phénomènes subjectifs s'améliorent. A l'inspection, aucun signe de dilatation veineuse, dans toute l'étendue de la jambe. Le malade souffre de cette affection depuis presque 4 ans; pendant ce temps, il continua son travail malgré sa souffrance; seulement il y a deux mois à peu près, ne pouvant plus continuer son travail comme avant, puisque la moindre fatigue lui occasionnait des douleurs insupportables, il se décide à entrer à l'hôpital dans le service du Professeur Delbet pour se faire opérer.

L'examen par la méthode biométrique nous donne le résultat du tableau Ici-contre).

Obs. II. — R..., M. A., âgé de 57 ans, aide-cuisinier. Entre à l'hôpital Cochin dans le service du Professeur Delbet, le 15 Mars 1920, pour des varices et ulcérations de la jambe droite.

Il y a vingt ans, il a eu du rhumatisme articulaire aigu; il se fit soigner à l'hôpital Cochin en 1884, et sortit de l'hôpital complètement guéri. Le malade, 13 ans après, a eu une bronchite, guérie après quelques semaines de traitement; ensuite 15 jours après, il a eu la rougeole. En 1914, entre de nouveau à Cochin, pour tumeur blanche du genou et rhumatisme articulaire. Il reste 14 mois à l'hôpital et sort guéri. De 1915 à 1917, le malade était bien portant lorsqu'à la fin de 1917, il s'était écorché avec un baquet dans le bas de la jambe droite. Ce léger traumatisme fut la cause de son ulcération qui a persisté pendant plus de 16 mois, et a fini par se cicatriser toute seule. En 1918, le malade voit son

ulcération recommencer à s'agrandir et de suppurer. 7 à 8 mois après, une autre ulcération apparue sur la même jambe; malgré tous les soins de son médecin, ses ulcérations

T	Jambe Droite			
	8	12	12	13
35				
30				31
25			25	
20		22		
15	16			18
10			13	
5	8	10		
0				
I	3 1/2	5 1/2	5 1/2	3 1/2
40				
30				
6		5 1/2	5 1/2	
4	3 1/2			3 1/2
2				
0				

TABLEAU 2.
Varices occultes.

ne guérissant jamais, il se décide à entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

A l'inspection : toujours pas de dilatation apparente des varices ou ayant tous les symptômes objectifs d'une varice typique.

Observation prise à la Clinique du Professeur Delbet par le Docteur Mabilhe. — *Varices occultes de la jambe gauche. Ulcération datant de deux mois et demi. Guérison par l'anastomose saphéno-fémorale.* Mensurations par la méthode biométrique Mabilhe, avant et après l'intervention.

B..., âgé de 35 ans, manouvrier, entre à l'hôpital pour

une ulcération grande comme une pièce de 2 francs, située à la face interne du 1/3 inférieur de la jambe gauche. Cette ulcération à fond grisâtre, aux bords enflammés est très dou-

Mensurations prises avant
l'intervention.

T	PD	Jambe saine					Jambe Gauche Malade				
		6	6	9	10	10	6	8	11	13	
35											
30											30
25										26	
20					29	24					
15		16	17				17				
10				12	14		12		15	17	
5		10	11				11				
0				9				4			
I		3	4	5	4	4	4	4	7	6	
10										10	9
8			8	9	8	8	8	8			
6											
4											
2		4	4	4	4	4	4	4		2	3
0											

A noter l'élévation de la maxima et minima dans la position assis et debout de la pression différentielle de l'indice oscillométrique du côté malade ce qui permet de faire le diagnostic d'ulcère variqueux et des varices occultes.

Mensurations prises deux
mois après l'anastomose
saphéno-fémorale (Opéré
par M. Delbet).

T	PD	Jambe Gauche Opérée				
		5 1/2	8	8	9 1/2	8 1/2
35						
30						
25						
20						29 1/2
15		15 1/2	16			
10				12		14
5		10	8		12	
0				4		
I		2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2
10						9
8						
6		6	7	7	7	
4						
2		4	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2
0						

A noter l'égalité de la pression différentielle (PD) dans les différentes attitudes, la diminution simultanée de Maxima et Minima.

La Méthode biométrique fournit la preuve de la valeur curative de l'anastomose saphéno-fémorale.

loureuse. La douleur augmente par la station debout. Le malade a déjà appliqué différents topiques sans résultat. Aucune dilatation variqueuse n'est constatée sur la jambe qui présente cependant un léger œdème dur, violacé dans sa partie inférieure. Le Professeur Delbet pense à un trouble

circulatoire par insuffisance valvulaire de la saphène, à un ulcère variqueux en raison de la localisation et de l'aspect de l'ulcération.

Dans les antécédents héréditaires de B., rien d'anormal; dans les antécédents personnels, des troubles digestifs apparus vers 25 ans ayant duré peu de temps. B. accuse une fatigue rapide à la marche depuis plusieurs années; il a facilement des crampes dans les mollets (à gauche de l'enflure le soir). Sa jambe est lourde comme un gros poids à traîner, dit-il. Le repos au lit donne seul un soulagement.

La mensuration par la méthode biométrique apporte la preuve évidente des varices occultes, et sur ses indications, le Professeur Delbet préconise l'anastomose saphéno-fémorale.

On trouvera ci-dessus les graphiques des tensions prises avant et après.

Obs. IV. — Serg... F..., âgé de 40 ans, ébéniste; entre à l'hôpital Cochin le 8 Mars 1920, pour des ulcères et de la lymphangite. Le malade était atteint d'une broncho-pneumonie le 27 Avril 1914, qui se compliqua d'une double phlébite; il a été soigné à Saint-Antoine. Sort de l'hôpital Saint-Antoine quelques jours après, sans être complètement guéri; il commence à travailler malgré les enflures des deux jambes; le malade en entrant le soir de son travail souffrait beaucoup de ses jambes qui étaient plus enflées que le matin. Cet état dura 5-6 mois; ses jambes commencèrent plus ou moins à désenfler, mais les douleurs continuaient. Quelques jours après le malade s'aperçoit de taches brunâtres comme un furoncle aux chevilles des deux jambes en même temps. Les taches évoluent avec une marche régulière et lente, leur volume augmente jusqu'à une pièce de cinq francs. Actuellement, grosses ulcérations du pied, sans dilatation apparente des veines. Le malade souffre depuis 5 ans.

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : Broncho-pneumonie, phlébite ;
il y a plusieurs années.

Pression avant l'opération.

Varices occultes très nettes.

JAMBE GAUCHE, JAMBE MALADE.			
	Mx	Mn	PD
	—	—	—
PL =	18	6	12
PC =	20	10	10
PA =	26	14	12
PD =	17	18	9

JAMBE DROITE, JAMBE MALADE.			
	Mx	Mn	PD
	—	—	—
PL =	16	6	10
PC =	21	13	8
PA =	24	14	10
PD =	29	20	9

Obs. V. — Ch... R., âgé de 24 ans, comptable, entre à l'hôpital Cochin dans le service du Professeur Delbet le 11 Février 1920 pour des ulcères variqueux. Le malade souffre depuis le mois de Novembre 1919 ; il se plaint de douleurs, lourdeur, et élancements à la jambe gauche. Le malade s'aperçut la première fois que ses veines étaient dilatées lorsqu'il a été sur le front en 1915, mais à ce moment-là il n'avait ni douleurs, ni élancements dans les jambes comme en 1919. De 1915 à 1919 il ne ressentit aucune souffrance. Vers le mois de Novembre, le malade aperçut à la jambe un bouton brunâtre qui s'agrandit toujours malgré ses soins médicaux et depuis cette époque, les douleurs sont apparues ; quand il se fatigue beaucoup, il souffre davantage. A l'inspection de la jambe, grosses veines dilatées, M. Delbet lui fait l'anastomose saphéno-fémorale, le 15 Mars 1920. Actuellement, longue cicatrice à la partie

moyenne de la cuisse, la dilatation veineuse de la jambe est disparue complètement, l'ulcération également tend à se cicatriser. Résultat immédiat excellent; le malade ne souffre plus de douleurs, ni d'élancements pendant la marche. Sort de l'hôpital complètement guéri 3 semaines après.

Pression avant l'opération. A. S. F.

	Mx	Mn	PD
	—	—	—
PL =	20	7	13
PC =	15	6	9
PA =	24	13	11
PD =	28	15	13

Pression après l'opération.

	Mx	Mn	PD
	—	—	—
PL =	17	8	9
PC =	10	5	5
PA =	20	12	8
PD =	21	14	7

Obs. VI. — Madel... Charles, âgé de 37 ans, journalier, entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Delbet, le 2 Mars 1920, pour des varices des deux jambes. Le malade était atteint depuis l'âge de 17 ans; il a continué à travailler jusqu'à l'âge de 32 ans, sans éprouver aucune gêne fonctionnelle, mais à partir de cet âge, le malade commence à avoir des douleurs et de la souffrance à la moindre fatigue, ses veines sont dilatées énormément mais sans ulcérations, et la marche est devenue très fatigante, de sorte que le malade ne pouvait plus ni travailler, ni marcher. A ce moment-là, il se décide à rentrer à l'hôpital, pour se faire soigner.

Antécédents héréditaires : Mère variqueuse depuis plusieurs années.

Antécédents personnels : Aucune maladie infectieuse ni phlébogène.

M. Delbet lui fait une anastomose saphéno-fémorale le

12 Mars 1920. Le malade sort de l'hôpital avec un résultat immédiat excellent après quelques semaines (V. tableau).

Tension avant l'anastomose saphéno-fémorale.

	Mx	Mn	PD
PL =	18	7	11
PC =	20	11	9
PA =	22	13	9
PD =	32	20	12

Tension après l'anastomose saphéno-fémorale.

	Mx	Mn	PD
PL =	16	8	8
PC =	15	10	5
PA =	19	12	7
PD =	21	13	8

A noter la diminution de la pression différentielle dans les positions assis et debout.

Obs. VII (*Docteur Mabilie*). — Ulcération de la face interne du pied gauche. Désordres circulatoires qui pouvaient être pris cliniquement pour des varices occultes et qui relevaient d'une origine médullaire (polimyélie spécifique à évolution lente).

M. D..., vient consulter pour une ulcération de la dimension d'une pièce de 2 francs, située à la région sous-malléolaire interne du pied gauche, à l'endroit habituel des ulcérations survenant chez les variqueux de vieille date. Le diagnostic d'ulcère variqueux a été posé d'ailleurs par les médecins qui successivement ont soigné M. D... Il existe des varicosités capillaires nombreuses sur le membre inférieur, des troubles trophiques cutanés, mais pas d'œdème.

Depuis 11 ans, cette ulcération s'est maintenue sans amélioration, avec peu de tendance à l'agrandissement.

L'examen clinique général jusqu'alors avait été négligé. Le siège de l'ulcération étant celui habituel aux ulcérations variqueuses, les troubles circulatoires et trophiques avaient été rattachés à des varices internes. Pommades et traitements à l'hamamélis furent administrés sans résultat.

A la vue, aucune différence entre le volume de la jambe droite et celui de la jambe gauche. Mêmes varicosités. A la face interne de la région sous-malléolaire droite, la peau est extrêmement fine, prête à s'ulcérer. Il y a donc symétrie des lésions. Le Docteur Mabilie pense immédiatement à une affection d'origine nerveuse et fait l'examen somatique général. Il constate une exagération des réflexes rotuliens, achilléens, du tremblement épileptoïde du pied gauche à la flexion brusque, des troubles très légers de l'équilibre (le signe d'Argyll-Robertson est très net). L'examen du sang indique l'origine spécifique de cette affection médullaire évoluant très lentement, sans grandes manifestations cliniques. Y avait-il quand même des lésions variqueuses? Les épreuves biométriques indiquent que non (Ci-dessous le tableau). Le traitement à l'arsénobenzol à petites doses est immédiatement entrepris et l'on assiste à la guérison rapide de l'ulcération (après 3 grammes de novarsénobenzol); la thérapeutique sera poursuivie jusqu'à amélioration définitive de l'état général. En dehors de tout examen général, la méthode biométrique, à elle seule, eut pu mettre sur la voie du vrai diagnostic en écartant celui de varices, même occultes.

Mesures biométriques (Méthode MABILIE).

Désordres circulatoires d'origine médullaire, simulant cliniquement des varices occultes.

JAMBE DROITE.				
	Mx	Mn	PD	IO
Position couché	18	12	6	2
— jambe en l'air	15	8	7	2
— assis	23	14	9	2 1/2
— debout	27	18	9	2 1/4

JAMBE GAUCHE (SIGNE D'ULCÉRATION).

	Mx	Mn	PD	IO
Position couché	16	9	7	2 1/2
— jambe en l'air	12	5	7	2
— assis	21	13	8	2
— debout	22	15	7	2

A noter : 1° que les tensions maxima et minima sont inférieures à la jambe gauche malade, à ce qu'elles sont dans les mêmes attitudes à la jambe droite.

2° L'égalité des pressions différentielles et des indices oscillométriques suivant les attitudes.

Obs. VIII (du Docteur Mabillet). — *Varices occultes.*
(Type très net d'insuffisance valvulaire).

Mme Cl., 45 ans. *Antécédents héréditaire* : Père mort à 76 ans. Mère morte très jeune des suites de couches.

Antécédents personnels : Rougeole très grave à l'âge de 5 ans.

Lithiase biliaire ayant déterminé des crises de cholécystite aiguë à plusieurs reprises. Entérite muco-membraneuse. Fibrome utérin soigné par les rayons X et guéri.

Nervosisme : Emotivité exagérée. Migraines fréquentes.

En 1906, à la suite d'un grave accident d'automobile, se manifeste un œdème persistant de la jambe gauche. On diagnostique une phlébite. La malade reste dans une gouttière pendant 2 mois, au lit, pendant près de 10 mois. On pratique ensuite la mobilisation, on conseille le port de bas à varices contre l'enflure.

En Avril 1918, la malade est prise de douleurs atroces le long du trajet de la saphène interne, l'enflure a augmenté ; les médecins appelés, les uns parlent de péri-phlébite superficielle, les autres de névrite. Le repos à la chaise longue, les séances d'effleurage soulagent beaucoup Mme Cl...

La malade est vue par le docteur Mabilles, en Décembre 1919.

Signes objectifs : La jambe gauche est très grosse, l'œdème dur, violacé, remonte jusqu'à la région du genou; la peau est parsemée de nombreuses varicosités capillaires, en particulier le long du trajet de la saphène interne, aux chevilles, sur la face palmaire du pied. Aucune trace de dilatation de la saphène, mais celle-ci est douloureuse au toucher. La station debout prolongée augmente le volume de la jambe, change la coloration cutanée, qui prend un aspect plus cyanosé.

Signes subjectifs : Douleurs sourdes dans le mollet, crampes fréquentes, sensation de coulées de plomb dans la jambe après quelques instants de station verticale. La marche est pénible; aussi toute promenade à pied est impossible. La malade est allongée presque toute la journée.

L'examen biométrique pratiqué suivant la méthode habituelle de l'auteur donne les mensurations ci-contre :

Mesures biométriques (Méthode MABILLES).

Varices occultes (type très net d'insuffisance valvulaire de la saphène).

JAMBE GAUCHE (JAMBE MALADE).

	Mx	Mn	PD	IO
	—	—	—	—
Position couché	16	9	7	3
— jambe en l'air	12	4	8	3
— assis	25	14	11	6
— debout	31	16	15	7

JAMBE DROITE (JAMBE SAINTE).

	Mx	Mn	PD	IO
	—	—	—	—
Position couché	18	10	8	4 1/2
— jambe en l'air	14	6	8	4 1/2
— assis	21	13	8	4 1/2
— debout	24	16	8	5 1/2

A noter :

1° L'élévation anormale des *maxima et minima* dans la position assis et debout.

2° L'augmentation correspondante de la pression différentielle et de l'indice oscillogométrique dans les mêmes attitudes.

3° La différence qui existe entre la jambe gauche (malade) et la jambe droite (saine).

Le diagnostic qui s'oppose par analogie avec les mesures constatées dans les cas de varices typiques par insuffisance de la saphène. Il y a ici varices occultes.

Le traitement médical est conseillé en attendant que le malade puisse être opéré (anastomose saphéno-fémorale).

Obs. IX (D^r Mabillet). — *Varices occultes de la jambe gauche.*

A. O..., 56 ans, souffre de douleurs fréquentes de la jambe gauche après la station debout ou des journées fatigantes. A l'examen, aucune dilatation variqueuse, pas d'œdème le malade venant de se reposer depuis quelque temps. Ce repos a fait disparaître un eczéma de la face antérieure de la jambe existant depuis plusieurs mois.

Les épreuves biométriques donnent les mensurations suivantes :

	Mx	Mn	Pd	I
	—	—	—	—
Tension au bras	21	13	7	4
Tension à la jambe gauche (jambe malade).				
Position horizontale	21	13	8	4
— jambe en l'air	18	9	9	7
— assis	32	17	15	10
— debout	35	18	17	11

Pression à la jambe droite (jambe saine).

	Mx	Mn	Pd	I
	—	—	—	—
Position horizontale	21	13	8	4
— jambe en l'air	17	8	9	5
— assis	24	15	9	6
— debout	27	16	11	6

Le malade se refusant à toute intervention chirurgicale, applique le traitement médical par les agents physiques : les pansements compressifs, l'administration à l'intérieur des extraits thyroïdien, hypophysaire associés au citrate de soude, aux vaso-constricteurs, qui donnent rapidement une amélioration manifeste.

CONCLUSIONS

I. — Les varices occultes constituent une affection assez fréquente.

II. — L'étiologie et la pathogénie (insuffisance valvulaire de la saphène) sont identiques à celles des varices typiques.

III. — Le pronostic et l'évolution suivent la même marche.

IV. — La méthode biométrique Mabillet permet seule d'en faire le diagnostic certain.

V. — La thérapeutique sera ou médicale pour les troubles circulatoires sans insuffisance valvulaire (extraits thyroïdien et hypophysaire associés au citrate de soude, à l'hamamelis ou au marron d'Inde) ou chirurgicale (anastomose saphéno-fémorale), quand il y a insuffisance valvulaire.

Vu : le Président,
DELBET

Vu : le Doyen,
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- P. Delbet. — Pathogénie des varices des membres inférieurs. *Congrès international de Méd.*, Paris 1906.
- Delbet et Moquot. — Recherche expérimentale sur les injections de gaz dans les veines. *Revue Chirurgicale*, t. XXVIII, p. 310 et *Revue de Clinique Chirurgicale*, 1913. (Les varices des membres inférieurs et leur traitement).
- Mabille L. — Varices occultes. *Communication à l'Académie de Médecine*, 8 Juillet 1919.
- Alglave. — Indication de la résection totale des varices essentielles superficielles des membres inférieurs. *Presse Méd.*, 18 Mars 1911, p. 212.
- Bennet. — Varix, its cause and treatment with especial reference to thrombosis. *The Lancet*.
- Coenen. — XL^e Congrès de la Société de Chirurgie All., 1898. Berlin, 19-22 Avril 1911.
- Ciacconni. — Osservazionni anatomiche per service allo studio della circolaje Onnée verissa dell extremità inferiore. *Giornale della Roy. Academia medicina de Torino* 1873.
- Goerlich. — *Beitrag zur klin Chirurgie*, Bd XLIV.
- Hesse et Schaack. — *Arch. f. klin Chirurg.*, Bd XCV Heft. 11.
- Maury. — Ulcères variqueux. Trait. Emploi d'un nouveau pansement. *Thèse de Paris*, 1902-1903.

- Le Dentu.** — Circulation veineuse du pied et de la jambe.
Thèse de Paris, 1867.
- Monzendo.** — A proposito della ligatura, della vena poplites nelle varici alle genube. *Rivista veneta di scienza med.*, 1905.
- Moro.** — Ueber die Pathog. u. die Iweekmei wigste Behandlung der Krampfa dern der unteren Extremitäten (klin. u. experim. untersuch. *Beitrag z. klinisch. chir.* Bd. LXXI, H. 2, p. 420.
- Quénu.** — *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, t. II, p. 232.
- Schwartz.** — Article (varices). *Dict. de Méd. et de chirurgie pratiques*, t. XXXVIII, p. 758.
- Trendelenburg.** — Sur la ligature de la saphène interne dans les varices de la jambe. *Beitrag z. klin. Chirurg.*, t. VII, p. 195.
- Verneil.** — Du siège réel et primitif des varices des membres inférieurs. *Communication Acad. de Méd.*, 14 Août, 1855.
- Hughes.** — *British med. Journal*, 1887.
- Klotz.** — Untersuchungen über die vena saphena magna. *Arch. für Anatomie*, 1887.
- Mossé.** — Saphène interne : anastomose saphéno-fémorale. *Thèse de Paris*, n° 79, 1917-1918.
- Kahn.** — Ulcère variqueux; traitement par boues radio-actives. *Thèse de Paris*, 1912-1913.
- Chazal Noël.** — Traitement chirurgical par la section totale de varices. *Thèse de Paris*, 1912-1913.
- Frésuel.** — Ulcère variqueux. Compression élastique par le Dr Bruandel. *Thèse de Paris*, 1910-1911.
- Albert.** — Ulcère rebelle des m. inférieurs. *Thèse de Paris*, 1910-1911.
- Meuflet.** — Varices : cure radicale ; opération de Robertson. *Thèse de Paris*, 1909-1910.
- Rion.** — Varices : trait. chirurgicaux. *Thèse de Paris*.
- Couton.** — Ulcère variqueux; trait. chirurg. *Thèse de Paris*, 1909-1910.

Tessen M. — Ulcères variqueux; trait. chirurg. procédé de l'incision circulaire de la cuisse. *Thèse de Paris*, 1904-1905.

Fischer. — Die pathogenie der phlébectasie. *Arch. für Dermat. und Syphilis*, 1904, vol LXX, p. 195.

Soboroff. — Untersuchungen über den Ban normalen und ektetischer Venen. *Virchow's Archiv. f. Anat. und Physiol.*, Bd., 54, Heft 11, p. 137.

Madelung. — Ueber die Ausschallung cirroider varicen, an den unteren extremitäten (XII^e Congrès Soc. Allemande). *Cong. Chirurg.*, 1884. *Zur Centralbl. f. chir.*, 1884, p. 33.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
Introduction	6
Définition	8
Signes des varices typiques	8
Complications et étude clinique	11
Diagnostic différentiel	13
Signes des varices occultes. (<i>Diagnostic</i>)	14
Etiologie	15
Diagnostic différentiel	16
Pathogénie des varices occultes. (<i>Traitement</i>)	20
La méthode biométrique de Mabile	22
Indication opératoire	36
Contre-indications	38
Indication de l'anastomose saphéno-fémorale	39
Contre-indications	39
Résultats	40
Technique opératoire	43
Observations	54
Conclusions	67
Bibliographie	69
